Année 1913

# THÈSE

N° 156

PRÉSENTÉE POUR

## LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

**Anastasie ALEXEIEFF**

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

# Pigmentation de la Muqueuse buccale

EN DEHORS

## DE LA MALADIE D'ADDISON

---

*Président :* M. LETULLE, *professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1913

156

# THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

## LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551611_0027

Année 1913 — N° —

# THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

## LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

**Anastasie ALEXEIEFF**

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

# Pigmentation de la Muqueuse buccale

EN DEHORS

## DE LA MALADIE D'ADDISON

---

ACAD. LUGDBAT. BIBL.

*Président :* M. LETULLE, *professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1913

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. LANDOUZY

| PROFESSEURS | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie chirurgicale | LEJARS |
| Anatomie pathologique | PIERRE MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>GILBERT<br>CHAUFFARD |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | GILBERT BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>N. |
| Clinique ophtalmologique | DELAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DESSAIGNE |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | ALBERT ROBIN |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DUVAL (P.) | LEQUEUX | RATHERY |
| BERNARD | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRANCA | GREGOIRE | LOEPER | RICHAUD |
| BRINDEAU | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BROCA (A.) | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIÈRE |
| BRUMPT | JEANNIN | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CAMUS | JOUSSET (A.) | MULON | SICARD |
| CARNOT | LABBE (M.) | NICLOUX | TERRIEN |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBECOURT | TIFFENEAU |
| CHEVASSU | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| CLAUDE | LECENE | OMBREDANNE | |
| COUVELAIRE | LENORMANT | PROUST | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

*En le remerciant du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAILLARD

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

*En le remerciant vivement des conseils qu'ils nous a donnés pour ce travail.*

# AVANT-PROPOS

L'étude de la pigmentation de la muqueuse buccale, en dehors de la maladie d'Addison, présente à la fois un intérêt doctrinal et un intérêt clinique. Intérêt doctrinal parce que la pigmentation est susceptible de ressortir à des causes très diverses et qu'elle est réalisée tantôt par tatouage direct (dans de nombreux cas de saturnisme), tantôt par dystrophie organique générale (diabète bronzé); intérêt clinique parce que nous sommes habitués à considérer le tatouage buccal comme l'indice ordinaire d'une affection surrénale, et que cette origine doit être abandonnée dans un certain nombre de cas.

A propos du *saturnisme*, nous rappellerons seulement les caractères principaux du liséré de Burton; ils nous aideront à mieux comprendre ceux des taches pigmentaires qui, presque toujours, lui sont intimement liées.

Dans le *diabète bronzé*, nous montrerons comment, d'après le professeur agrégé Gouget, la pigmentation buccale mérite d'être classée comme un signe important de la maladie, puisqu'elle existe environ dans un cinquième des cas.

Chez les *tuberculeux*, on peut observer un tatouage plus ou moins accentué de la muqueuse buccale, en dehors de la maladie d'Addison proprement dite. Ces faits doivent-ils être rapportés à une insuffisance surrénale légère? c'est ce que nous aurons l'occasion de discuter. Dans la *phtiriase*, la pigmentation des muqueuses a été signalée également, et ce n'est pas un des caractères les moins intéressants de la mélanodermie observée chez ces malades.

Enfin, à la suite des travaux de Sabaréanu, on admet une *pigmentation physiologique* des muqueuses qui existe dans certaines races, constitue un caractère ethnique et non un symptôme pathologique.

Nous avons laissé de côté, faute de documents précis, la pigmentation buccale qui existe dans l'intoxication arsenicale ou argentique. Nous signalons simplement ici leur existence mais nos recherches ne nous ont pas permis d'établir avec netteté les caractères de cette pigmentation.

Notre travail constitue donc une revue de ces différentes questions ; à chaque chapitre, nous avons tenté de rapporter la bibliographie aussi précise que possible ; les observations inédites que nous avons jointes à ce travail vérifient les travaux et les conclusions de nos devanciers : ce sont trois observations de pigmentation buccale dans le saturnisme, une observation de pigmentation buccale (sans pigmentation cutanée) chez un tuberculeux.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

# Pigmentation de la Muqueuse buccale

EN DEHORS

DE LA MALADIE D'ADDISON

---

## Pigmentation de la muqueuse buccale chez les saturnins

On observe souvent chez les saturnins, surtout chez les malades chroniquement imprégnés, un tatouage grisâtre qui siège ordinairement au niveau des gencives (liséré de Burton), plus rarement au niveau des lèvres ou des joues (plaques ardoisées de Gubler).

*
* *

Le LISÉRÉ GINGIVAL a été fort anciennement décrit par Burton, Grisolle, Schebach. Il se caractérise par la présence d'une traînée gris-bleuâtre sur le bord libre des gencives, autour du collet des dents ; presque toujours, comme le fait remarquer le professeur Letulle, il se détache nettement sur la gencive pâle et anémiée. Il est constitué par du sulfure de plomb ; le plomb est précipité sous cette forme par l'hydrogène sulfuré qui se produit dans la cavité buccale au

niveau des zones particulièrement septiques (1); d'après Grisolle, il suffit de toucher les gencives à l'aide d'un collutoire à l'acétate de plomb (chez un individu non saturnin) pour faire apparaître le liséré (2). On peut faire disparaître le liséré saturnin en badigeonnant les gencives à l'aide d'eau oxygénée (D'Arcet, Tanquerel et Gréhant); dans ces conditions, le liséré prend une coloration blanchâtre due à la formation de sulfate de plomb. Si on applique ensuite sur les gencives une solution d'hydrogène sulfuré, la coloration antérieure reparaît, souvent plus intense, presque complètement noire (3).

Le liséré n'existe pas en permanence chez les saturnins; lorsque le malade est à distance de l'intoxication, et surtout s'il lave la bouche avec soin, le liséré disparaît; il est susceptible de réapparaître, soit à l'occasion d'une intoxication nouvelle, soit à l'occasion d'une poussée de gingivite; tels les cas de Frank-Smith et de Hilton Fagge où le liséré,

---

1. On peut rapprocher, dans une certaine mesure, la gingivite saturnine de la gingivite mercurielle. Almkvist (*Hygiea*, mars 1907) a bien montré que la stomatite mercurielle était due à la précipitation du mercure par l'hydrogène sulfuré; la stomatite n'existe pas chez les animaux auxquels on fait ingérer du mercure, mais elle apparaît, à coup sûr, si on a pris le soin préalable de décoller leurs gencives et de les irriguer avec de l'hydrogène sulfuré. D'autre part, une autre localisation de l'intoxication mercurielle (expérimentale ou humaine) est la colite; or, on sait que l'hydrogène sulfuré existe en abondance dans ce segment de l'intestin.

2. Grisolle, *Traité de Pathologie interne*, 1855, t. II, p. 17.

3. Consulter l'excellent article de Manouvriez (*Dictionnaire Jaccoud*, article Plomb, t. XXVIII, p. 311).

absent chez des saturnins anciens, apparut à la suite d'un traitement ioduré.

On a discuté la valeur symptomatique du liséré ; constitue-t-il un signe d'imprégnation organique ou relève-t-il du simple apport de plomb par l'extérieur ? Nous ne pouvons nous appesantir sur cette question ; il est probable que, suivant tel ou tel cas particulier, l'une ou l'autre de ces voies d'apport peut être invoquée. Grisolle a montré que les ouvriers travaillant au milieu des poussières de plomb, présentent parfois le liséré, sans aucun signe d'intoxication saturnine : d'autre part, il est indéniable que le plomb passe dans la circulation, et les beaux travaux de Meillère (1) ont montré comment on peut le déceler dans un grand nombre d'organes et spécialement dans les centres nerveux.

Nous avons donné ces détails sur le liséré parce que la pigmentation buccale, que nous devons maintenant décrire, lui est presque complètement comparable.

*
* *

Les *taches labiales ou jugales* ont donné lieu, au point de vue historique, à quelques contestations. Nous en trouvons l'écho à la Société médicale des hôpitaux en 1903. Galliard rapporte un cas de tatouage des lèvres chez une femme atteinte de satur-

---

1. Meillère, *le Saturnisme*. Thèse de Paris, 1903.

nisme chronique (1) et rappelle que Gubler a décrit ce symptôme en 1868 (2); il constate que « tout le monde connaît le liséré de Burton; personne ne parle de la pigmentation de la muqueuse buccale chez les saturnins ». A la séance suivante, Bertrand (3) objecte que Cras (4), médecin de la marine à Brest, « a fait connaître ce symptôme, compagnon ordinaire du liséré de Burton et, comme lui, produit par la transformation d'un sel soluble de plomb en sulfure de même métal dans des capillaires à circulation ralentie ».

Nous avons eu la curiosité de rechercher s'il n'était point fait mention de ces taches dans l'ouvrage de Grisolle; nous le citons textuellement : « Presque tous les ouvriers qui manient le plomb, surtout ceux qui vivent au milieu d'une poussière saturnine, offrent une coloration bleuâtre des gencives bornée le plus souvent à 2 ou 3 millimètres de leur bord libre, envahissant quelquefois toute l'étendue de ces replis et gagnant même les dents et *la muqueuse des lèvres et des joues* (5) » (Grisolle, *Traité de Pathologie interne*, t. II, p. 17. Paris, 1855). Assuré-

---

1. Galliard, *Tatouage saturnin de la muqueuse des lèvres*, (*Société médicale des hôpitaux*, 15 mai 1903, p. 534).
2. Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex*. Paris, 1868, p 428.
3. Bertrand, *A propos du tatouage saturnin sur la muqueuse des lèvre* (*Société médicale des hôpitaux*, 22 mai 1903, p. 513).
4. Cras, *Archives de Médecine navale*, 1875.
5. Souligné par nous.

ment, l'indication de Grisolle est très rudimentaire, mais elle est indiscutable, et il n'était pas sans intérêt, puisque la question de priorité a soulevé quelques discussions, de montrer que, bien avant Cras ou Gubler, Grisolle avait cité le tatouage des joues.

*Ce tatouage labial ou jugal est-il fréquent?* les observations publiées en sont relativement peu nombreuses, et, cependant, il suffit que l'attention des cliniciens soit attirée sur ce fait pour que, dans un même service hospitalier et dans un temps relativement court, plusieurs cas en soient observés. Le professeur Chauffard, à la suite de l'observation de Galliard (1), rapporte qu'il a pu, « chez deux saturnins, constater un tatouage de la muqueuse des lèvres tout à fait comparable par ses caractères objectifs et par sa topographie au cas rapporté par M. Galliard ». Caussade et Montès (2) rapportent, en 1903, deux nouveaux cas de tatouage saturnin ; ils avaient recueilli la première observation et se préparaient à la présenter à la Société médicale des hôpitaux quand, le matin même du jour où ils devaient faire leur publication, ils en ont observé un second cas. Nous rapportons ici trois observations inédites de tatouage saturnin, et nul doute que si cette lésion était recherchée régulièrement, elle apparaîtrait beaucoup plus fréquente.

---

1. *Soc. médicale des hôpitaux*, 15 mai 1903.
2. Caussade et Montès, *Tatouage saturnin de la muqueuse buccale* (*Société médicale des hôpitaux*, 6 novembre 1903, p. 1173).

Au point de vue *topographique*, le tatouage saturnin peut revêtir deux aspects principaux :

Ou bien il est discret et siège sur la face interne des lèvres, en regard du liséré de Burton ;

Ou bien il est intense et forme de larges taches sur la muqueuse labiale et jugale.

Le cas de Galliard correspond parfaitement à la première éventualité ; en effet, chez sa malade, le liséré s'était, en quelque sorte « décalqué » sur la muqueuse qui portait une raie noirâtre reproduisant exactement les sinuosités du liséré.

Dans la seconde observation de Caussade et Montès, la plaque ardoisée de la lèvre inférieure s'appliquait exactement sur le liséré gingival et sur les dents (profondément cariées).

La première observation de Caussade et Montès et la première aussi de nos observations inédites représentent un type de tatouage intense et diffus. Dans le cas de Caussade et Montès, il y avait « d'immenses macules » occupant les faces internes des deux lèvres et des joues ; dans notre observation, il s'agit d'un tatouage surtout jugal, n'ayant pas un rapport absolu avec le liséré.

Si l'on étudie avec soin les *caractères* de ces taches pigmentaires, on voit que chacune d'entre elles est constituée par une sorte de réticulum à fines mailles (Bertrand), ou par une série de points très fins et très rapprochés les uns des autres analogues à ce que l'on aperçoit quand on regarde à la loupe des dessins imprimés suivant le procédé dit du « gillo-

tage » (Caussade et Montès). La coloration est variable : du bleu gris ou ardoisé au bleu foncé ou même à une teinte tout à fait noire ; la coloration est, en général, plus intense au centre de la plaque et se dégrade « en bavant » (Galliard) sur les bords.

Nous ne connaissons pas de cas où l'on ait pratiqué l'examen histologique de la plaque de tatouage ; la biopsie a été parfois pratiquée sur la gencive portant un liséré (1) mais non sur la plaque elle-même.

Le professeur Letulle (2), en décrivant la répartition cytologique du pigment, remarque « que les fines poussières qui tatouent la muqueuse sont infiltrées dans les mailles fibreuses du derme non loin et peut-être même dans l'épaisseur même des capillaires sanguins, au niveau de l'extrémité saillante des papilles du derme, contre la basale du corps muqueux de Malpighi.

En outre, on trouve aussi les grains pigmentaires incrustés dans le protoplasma des grosses cellules mononucléaires (macrophages) logées dans les intestices du derme,.. Les couches profondes de l'épithelium malpighien peuvent, elles-mêmes, être tatouées par le pigment en question ».

---

1. Mesny *Thèse de Bordeaux*, 1893 n° 48. — Bunelle, *Bulletin médical du Nord*, 1894. — Launois, *Société de Biologie*, 1903.

2, Letulle, *Traite de Médecine* (*Gilbert et Thoinot*) *Intoxications ;* article *Saturnisme*, p. 100.

*
* *

La constatation de taches pigmentaires buccales soulève-t-elle quelques problèmes de DIAGNOSTIC ?

Assurément, on a tendance à considérer d'emblée le malade comme un addisonien, si on ignore et sa profession et ses antécédents. La pâleur jaunâtre, l'asthénie (qui correspond à une anémie globulaire réelle et parfois même à des altérations globulaires) peuvent plaider un instant en faveur de ce diagnostic, mais d'une part, le liséré gingival n'existe pas dans la maladie d'Addison ; d'autre part, les caractères du pouls sont entièrement différents dans l'insuffisance surrénale ou dans l'imprégnation saturnine. Dans le premier cas, il y a une hypotension manifeste ; dans le second, au contraire, le pouls est fortement frappé, hypertendu ; si l'intoxication saturnine est légère et récente, l'hypertension ne s'accompagne pas d'altérations artérielles ni d'hypertrophie cardiaque ; dans les cas anciens, il y a sclérose artérielle, gros cœur, albuminurie parfois. Enfin, la profession du malade, la notion, presque toujours évidente, d'une intoxication plombique constituent pour le diagnostic un appoint definitif. On peut rechercher, comme l'a fait Meillère, le plomb dans le tartre qui recouvre les chicots dentaires et qui participe au liséré (V. obs. I de Caussade et Montès).

## OBSERVATION de M. Galliard

(*Société médicale des hôpitaux*, 15 mai 1903, p. 534.)

Femme âgée de trente-six ans, admise le 20 avril à Lariboisière, salle Aran, n° 25, pour une colique de plomb d'intensité moyenne, accompagnée de tuméfaction des parotides. Depuis un an environ, cette femme est occupée à étaler sur du papier une poudre colorante à la céruse qui sera plus tard fixée sur la porcelaine. Elle est donc incessamment exposée aux poussières de céruse.

Le jour de son admission à l'hôpital, je constatai d'abord chez elle un liséré gingival très marqué en haut et en bas. Puis en examinant la face interne des lèvres, je vis que ce liséré s'était décalqué, pour ainsi dire, sur la muqueuse qui portait une raie noirâtre reproduisant exactement les sinuosités du liséré, raie noirâtre bordée de gris, comme si le coloris de la muqueuse avait « bavé » A la lèvre inférieure se dessinait une sorte d'accent circonflexe correspondant à une dépression de la gencive qui montrait une incisive partiellement déchaussée.

Rien à la face interne des joues.

Au début de l'observation, ce tatouage saturnin ne pouvait être confondu avec la pigmentation de la maladie d'Addison. Aujourd'hui, le diagnostic serait moins facile, car le dépôt métallique s'est atténué, aussi bien sur les gencives que sur la muqueuse des lèvres, sous l'influence du traitement général et local institué depuis quatre semaines. La malade ne conserve sur la muqueuse qu'une raie brunâtre qui échapperait aisément à un observateur non prévenu.

Les autres manifestations du saturnisme ont disparu. La malade va quitter l'hôpital demain complètement guérie.

## OBSERVATION I de MM. Caussade et Montès

(*Société médicale des hôpitaux*, 6 novembre 1903, p. 1174.)

Le nommé G..., quarante-quatre ans, émailleur, entre dans notre service de l'hôpital Tenon pour des coliques de plomb survenues la veille en pleine santé. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'il est sujet à pareil accident ; il a été traité, il y a un an, dans le même hôpital, pour la même affection.

Au moment ou on l'examine, la crise est sur le point de finir, les douleurs sont moins vives ; elles sont continues, avec des paroxysmes ; elles siègent au niveau de l'épigastre et de l'ombilic, irradiant vers les flancs.

La profession du malade, les douleurs abdominales caractéristiques, la pression profonde diminuant la douleur alors que la pression légère la réveille ou l'exagère, le ventre rétracté et les antécédents (attaques identiques) font penser au saturnisme que vient d'ailleurs confirmer l'examen de la bouche. Le liséré gingival de Burton est caractéristique. Il s'étend, bleuâtre, autour du collet des dents et sur le bord des gencives, plus fortement marqué à la mâchoire inférieure. Les dents sont noires et déchaussées, envahies par le tartre qui leur forme une véritable croûte dure, épaisse, munie de rugosités et d'aspérités nombreuses, plus ou moins fines, disposées en scie. Elles sont irrégulières et irrégulièrement espacées, les dents sont branlantes, recouvertes comme les gencives d'une salive visqueuse donnant à l'haleine une féti-

dité repoussante. Si dans cette description nous parlons tout d'abord du liséré, c'est pour bien spécifier que notre homme était saturnin. Mais, si nous avions voulu parler des lésions buccales qui attiraient immédiatement notre attention, nous aurions dû signaler tout d'abord les plaques ou taches ou immenses macules bleu ardoisé, bleu foncé, ardoisées ou noirâtres, qui occupaient les faces internes des lèvres et des joues des deux côtés. *A priori*, n'était le liséré saturnin, on pouvait penser à la maladie d'Addison. Mais, si on pratiquait un examen minutieux, on n'hésitait pas à rejeter ce diagnostic La couleur n'était pas répartie d'une manière uniforme : ce n'était pas une teinte d'une seule tenue, également répandue sans interstice de muqueuse saine comme dans les mélanodermies. Ici le bleu foncé, le bleu ardoisé était d'aspect étoilé ou de tourbillon surtout au niveau des lèvres ; chaque branche, composée de rayons plus ou moins grêles et serrés les uns contre les autres, était formée par une série de pointillés très fins, tels que les aurait produits la pointe d'une aiguille trempée dans l'encre et appliquée successivement et et à intervalles assez rapprochés sur une feuille de papier Ainsi apparaissent à la loupe les dessins dit « Gillottage ». Comme dans les dessins, les points étaient plus ou moins écartés les uns des autres, toute proportion gardée : ils étaient plus ou moins réguliers, laissant dans leurs interstices entrevoir sans difficulté la muqueuse saine et rosée. A la périphérie de la plaque, la teinte s'atténuait et disparaissait insensiblement pour se confondre avec le tissu sain. Était-ce les papilles qui étaient teintées et qui correspondaient aux semis de grains noirs ? C'était possible, mais on ne pouvait rien affirmer à cet égard, car nous

n'avions pas voulu, dans la crainte de complications septiques, faire de biopsie. La saillie des grains noirâtres plaiderait *a priori* en faveur de l'imprégnation papillaire par le plomb, mais il faut ajouter qu'il existait des papilles nettement arrondies de la grosseur d'un grain de chénevis et qui n'étaient nullement teintées.

La coloration des plaques de tatouage était de même couleur que le liséré gingival, mais sa nuance en était beaucoup plus foncée ; sur une même plaque la teinte variait d'intensité. La disposition en étoile ou en tourbillon s'observait de préférence aux lèvres tandis que sur la joue, la muqueuse était plutôt imprégnée également, colorée comme par un pinceau, ressemblant plutôt à une plaque de mélanodermie de la maladie bronzée d'Addison.

Pendant le séjour du malade dans nos salles quelques-unes de ces plaques s'agrandirent.

Le siège exact de ces tatouages était sur les faces internes des lèvres supérieure et inférieure et de la joue gauche. Sur la lèvre inférieure, il n'existait qu'un seul tatouage ; il était large, il s'étendait depuis une ligne inférieure correspondant exactement au collet des dents et se superposant à ces dents, quand on appliquait la lèvre supérieure contre la mâchoire inférieure ; en haut ce tatouage se perdait insensiblement sur le bord libre de la lèvre et n'empiétait pas sur lui. Il occupait seulement le côté gauche de la lèvre inférieure et avait une étendue qui correspondait rigoureusement aux dents qui persistaient de ce côté : les quatre incisives, la canine et la prémolaire. De ce même côté, les molaires faisaient défaut ; il n'y avait plus de coloration anormale.

Sur le côté droit de la lèvre inférieure, il n'y avait pas de

dents ni de chicots et la muqueuse était saine. Il y avait donc une corrélation absolue entre la présence des dents et des plaques ardoisées. Ce fait était encore évident, quand on examinait la lèvre supérieure. A droite ni dents ni chicot, pas de tatouage. Évident encore était ce même fait en présence d'une longue trainée bleuâtre siégeant sur la face interne de la joue à gauche en haut et se continuant sur la lèvre supérieure (face interne) jusqu'à sa partie médiane sans la dépasser nullement à droite ; les dents qui faisaient vis-à-vis à cette plaque étaient encore debout, entières, couvertes de tarte, qui d'après l'analyse de M. Meillère, pharmacien à l'hôpital, contient 0 gr. 0003 de plomb.

Cette disposition permet d'affirmer qu'il s'agit d'un auto-tatouage ; l'examen seul de la bouche de notre malade plaide en faveur de cette opinion qui fut émise par Gubler dès sa première description.

Il aurait était intéressant d'examiner histologiquement la plaque de tatouage. Nous le répétons : si la biopsie est possible sans crainte d'accidents pour la liséré gingival, comme l'ont fait MM. Cras, Y. Renaud, Mesny, Bunelle et Launois, il ne doit pas en être de même pour la plaque dite de tatouage. Notre malade est à un degré d'intoxication assez prononcée. Il est anémique, pâle, de couleur blafarde. Les globules rouges : 2.790.000. Il existe une leucocytose chiffrée à 28.000 par millimètre cube. Pas de néphrite ; pas trace d'albumine ; les petits signes du mal de Bright font défaut ; ni glucose, ni urobiline ; cependant le foie est petit ; les artères sont sinueuses et dures ; il y a de l'hypertension artérielle très sensible au doigt et non chiffrée au sphygmomanomètre. Il y a des vertiges fréquents, l'acuité visuelle n'est

que faiblement modifiée, le malade voit moins bien depuis quelques mois, il n'y a pas de scotome central, le champ visuel n'est pas diminué. Le système nerveux central et périphérique est indemne ; ni troubles de la sensibilité ni troubles de la locomotion ne sont à signaler. L'intoxication n'a donc porté ses atteintes que sur le tube digestif (colique de plomb, constipation, liséré gingival et tatouage saturnin) et sur le sang ; elle s'accompagne seulement de quelques manifestations d'alcoolisme chronique telles que : insomnies, parfois des cauchemars et un léger tremblement des mains, mais on peut dire qu'elle est marquée.

L'étiologie est la suivante :

Depuis quatre ans, notre malade est émailleur. Il travaille dans un atelier surchauffé par plusieurs fours où l'on porte à blanc les pièces à émailler. Son emploi consiste à les recouvrir une poudre à base de silicate de plomb. Pendant au moins huit heures par jour il est enveloppé par une atmosphère formée de cette poussière contre laquelle aucun masque ne le protège. De plus, aucun soin hygiénique n'est prescrit, aucune surveillance n'est exercée ; les ouvriers ne sont astreints à aucun lavage des mains ; la bouche et les dents ne sont l'objet d'aucun examen médical ; le moindre rinçage de la bouche n'est même pas conseillé. Ce sont là, il faut l'avouer les meilleures conditions pour produire l'intoxication saturnine. Aussi, au bout de six mois, le teint de notre homme de rosé devient blanc et blafard, l'acuité visuelle diminue, la constipation apparaît. En janvier 1902, survient la première attaque de coliques de plomb. Le malade est hospitalisé à Tenon pendant quelques jours ; il en sort amélioré, mais il reste toujours sujet à la constipation, à des

douleurs intestinales vagues jusqu'au jour où, le 3 juin 1903, il entre de nouveau à l'hôpital Tenon pour une nouvelle attaque de colique de plomb. C'est à ce moment que nous l'avons soigné et que nous avons relevé les symptômes d'intoxication saturnine relatés dans la présente observation.

## OBSERVATION II de MM. Caussade et Montès

(*Société médicale des hôpitaux*, 6 novembre 1903, p. 1176.)

L..., Henri, quarante-et-un ans, fabricant de couleurs, entre le 17 octobre 1903 à l'hôpital Tenon, il présente une paralysie bilatérale des deux avant-bras, survenue depuis dix mois environ et déjà traitée à la Salpétrière. Cette bilatéralité de la paralysie, l'intrégrité du long supinateur, les muscles frappés (les extenseurs, les muscles de l'éminence thenar, les radiaux) et sa profession font immédiatement penser à l'intoxication saturnine et c'est dans ce sens que le malade est interrogé.

Travaillant depuis quatorze mois dans une usine de couleurs rectifiées, il a été pris, dès le premier mois, d'une attaque de coliques de plomb pour laquelle il a déjà été soigné à Tenon au mois de mars 1903.

Comme le précédent malade, il est exposé aux poussières de plomb et aux vapeurs dans un atelier clos, peu aéré et dont l'air est surchauffé. Son métier consiste à écraser des couleurs. Dans cette usine, cependant, les précautions d'hygiène sont prises, telle que : lavage rigoureux de la bouche, des mains et des cheveux avant la sortie ; défense de fumer

et absorption tous les jours d'un verre de limonade sulfurique (?)

Depuis sa première attaque de coliques de plomb, le malade a toujours été sujet à de l'entérulgie, son abdomen est douloureux, la constipation est opiniâtre. La paralysie des avant-bras survient en cet état, dans les premiers jours de janvier 1903. Cette paralysie s'installe d'abord à droite, les extenseurs des deux doigts, médius et annulaire, furent d'abord pris ; puis la paralysie frappe l'avant-bras gauche de la même façon, elle se complète à droite et ensuite à gauche, réalisant le type antibrachial classique.

Pour cette complication, le malade entra à la Salpétrière, il y suivit un traitement électrique approprié, mais dès qu'il fut légèrement amélioré il reprit son travail dans la même usine.

Dans l'incapacité absolue de se servir de ses mains, ils vient dans notre service se faire traiter de nouveau. A son entrée, la paralysie des deux avant-bras est complète. Bilatérale, elle est cependant plus marquée à droite ; à gauche, on obtient encore quelques mouvements volontaires. La main est passivement fléchie, pendante, légèrement inclinée sur son bord cubital, en pronation. Les doigts sont à demi fléchis sur la main, seul l'index gauche a tendance à se mettre en extension. Les mouvements d'extension et d'adduction sont impossibles. La flexion manquant d'énergie est rendue normale lorsqu'on relève le poignet. Le long supinateur seul a conservé sa contractilité : les autres muscles innervés par le nerf radial sont paralysés. La tumeur dorsale du poignet fait défaut. Les muscles de la main droite sont atrophiés éminence thénar, premier interosseux palmaire et probablement

grand adducteur du pouce). A gauche, on provoque une légère trépidation épileptoïde,quand on relève brusquement la main sur le poignet et quand on maintient la main dans cette attitude pendant quelque temps. L'excitation faradique des deux nerfs radiaux à gauche et à droite : o. A droite, l'excitation faradique des muscles innervées par le nerf radial : o. Il en est de même à gauche. Dans la zone du nerf cubital, on ne provoque par l'électrisation galvanique à gauche et à droite que quelques contractions.

Il n'existe pas de paralysie dans d'autres groupes musculaires.

Néanmoins, comme on le voit, l'intoxication saturnine, quoique datant de quelques mois seulement, a marqué fortement son empreinte.

Intoxication relativement récente, mais profonde, dont témoignent en outre les lésions de la bouche. Le liséré de Burton est très net,bleuâtre foncé,de couleur ardoisée, occupant tout le bord libre des gencives, plus marqué à la mâchoire inférieure où il occupe toute l'étendue du collet des dents. Les dents sont noirâtres, branlantes, déchaussées, envahies par la tartre qui leur forme une couche épaisse, remplie de rugosités et d'aspérités. L'haleine est fétide. Sur la face interne de la lèvre inférieure se trouve une plaque gris ardoisé,bleuâtre,de coloration identique à celle du liséré, mais d'une nuance plus foncée. Elle occupe exactement une région s'étendant depuis l'interstice du maxillaire et de la lèvre en bas, jusqu'au bord libre de la lèvre en haut, où il n'y a pas trace de coloration.

Cette plaque gris ardoisé correspond exactement aux dents qui lui font vis-à-vis; quand on applique la lèvre sur

ces dernières, la superposition est aussi rigoureuse que possible. Autre particularité importante à signaler ; la couleur de cette large macule n'est pas uniforme ; elle est composée de stries verticales de teinte plus sombre qui est en quelque sorte le décalque de chacune des dents de la mâchoire inférieure, des quatres incisives et des deux canines Il y a mieux : il existe une trainée bleuâtre de même dimension et de même longueur que la canine correspondante gauche ; cette petite plaque est entièrement séparée de la grande plaque par un intervalle de muqueuse saine, et, fait digne de retenir notre attention, la canine gauche est elle-même séparée des incisives voisines par une brèche égale en dimension à cette portion de muqueuse saine. Comme chez notre premier malade, la matière colorante est disséminée sous forme de petits points, formant un piqueté très net, mais n'affectant pas la disposition en étoile ou en tourbillon. Ici, mieux que chez notre premier malade, les saillies formées par les papilles sont plus apparentes et se montrent avec leur teinte blanc rosé normale. Le dessin produit par la matière colorante donne encore l'aspect du « Gillotage » avec des points plus ou moins sombres. L'ensemble de ce tatouage représente la forme d'un trapèze dont les contours sont certainement moins foncés dans le centre.

Il semble bien en comparant nos deux malades, que le début de cette lésion s'est fait au niveau de la lèvre inférieure, ce qui s'explique d'ailleurs par l'abondance du tartre à ce niveau. Dans la première observation, des plaques de tatouage réparties sur la muqueuse, celle de la lèvre inférieure était la plus étendue et la plus marquée ; ici il n'en existe qu'une seule dans cette région. C'est là où le tartre a d'ailleurs

le plus de tendance à s'accumuler, c'est donc une preuve de plus en faveur de l'auto-tatouage.

Outre ces manifestations de l'intoxication saturnine sur les appareils locomoteurs (paralysie antibrachiale) et digestifs (liséré saturnin, tatouage, constipation) le foie est petit, l'hypertension artérielle est assez marquée, il existe quelques céphalées vagues. Le malade est sujet à des insomnies, sa mémoire a diminué mais les yeux sont sains et les signes du malade Bright font défaut. Les urines ne contiennent ni albumine ni glucose, ni urobiline.

## OBSERVATION (Inédite) (1)

Homme de quarante ans, journalier, observé en mars 1911, à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Brault. Le malade est entré à l'hôpital pour une colique de plomb ; celle-ci est survenue à l'occasion d'une intoxication récente, le malade ayant travaillé pendant trois semaines dans une usine de minium. Trois ordres de faits sont à étudier chez ce malade : la colique de plomb, l'anémie, la pigmentation buccale.

*Colique de plomb.* — La constipation est presque absolue ; l'abdomen est rétracté et douloureux dans presque toute son étendue ; il n'y a pas eu de vomissement.

C'est la troisième fois que le malade présente cet accident ; il a été soumis d'une façon intermittente à l'intoxication saturnine et, à chaque fois, il a été atteint. L'ancienneté

1. Nous remercions le Dr Paillard qui nous a communiqué cette observation ainsi que la suivante et nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le Dr Brault et à M. le Dr Roubinovitch dans les services desquels elles ont été recueillies et qui nous ont autorisée à les publier.

relative de ces accidents explique la constatation d'artères radiales, indurées, de temporales flexueuses, d'une tension artérielle systolique entre 18 et 20 (oscillomètre de Pachon), d'un nuage d'albumine dans les urines.

*Anémie.* — Les téguments présentent une coloration pâle, jaunâtre, surtout accentuée au visage. La numération des globules rouges montre un chiffre de 3.400 000. La recherche des hématies ponctuées n'a pu être effectuée. Allant de pair avec cette anémie, il existe une asthénie intense qui, jointe aux troubles douloureux abdominaux, entraîne une impotence presque complète.

*Pigmentation buccale.* — Les dents sont profondément cariées sur les deux maxillaires ; il ne reste plus qu'une masse informe de chicots qui présente une coloration brun noirâtre ; il ne peut être question, ici, de liséré à proprement parler.

La face interne des lèvres est peu tatouée ; on ne remarque rien sur la lèvre supérieure ; à la lèvre inférieure, il existe deux faibles tatouages de la dimension d'une lentille et situés en regard de la gencive. Au contraire, la pigmentation jugale est très intense. En regard des prémolaires, en avant de l'orifice du canal de Sténon, il existe, de chaque côté, plusieurs taches ardoisées de coloration uniforme, à contours irréguliers ; un certain nombre se trouvent exactement au niveau des lésions gingivales, mais il existe, du côté droit, deux taches et du côté gauche une tache situées au-dessus des précédentes et affleurant presque le sillon gingivo-jugal supérieur.

Le malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours, guéri de sa crise de colique, avec un état général un peu amélioré. Quant à la pigmentation buccale, elle ne s'est nullement modifiée.

## OBSERVATION (Inédite)

Homme adulte observé à Bicêtre dans le service de M. le Dr Roubinovitch, où il était interné pour paralysie générale.

La syphilis est certaine chez ce malade, la réaction de Wassermann est positive ; il existe des signes indéniables de P.G. sur lesquels nous n'avons pas à insister.

De plus, ce malade est un ancien saturnin ; il a manié la céruse et a présenté, à plusieurs reprises, des coliques de plomb. Il n'est plus soumis à cette intoxication depuis deux ans environ.

L'examen de la bouche montre l'existence d'un liséré insignifiant : autant que l'on peut accorder créance aux paroles du malade, ce liséré aurait été autrefois beaucoup plus marqué et se serait atténué peu à peu ; ce fait est, d'ailleurs, très fréquent ; mais il existe sur la lèvre inférieur et sur la face interne de la joue droite trois plaques de tatouage grisâtre légèrement ardoisé, à contours diffus, plaques qui siègent en regard de ce qui fut autrefois le liséré. Cette topographie semble donc indiquer qu il y a eu auto-tatouage mais lorsque le liséré a disparu, les plaques sont demeurées.

Pas d'artério-sclérose ; pas d'albumine dans les urines. La P. G. a continué son évolution ; il s'agissait bien ici de P. G. vraie et non de pseudo P. G. saturnine, affection si hypothétique d'ailleurs.

---

Troisième observation inédite. — Ce travail était imprimé quand nous avons eu l'occasion d'observer à la Charité, à la consultation de médecine, un saturnin de soixante ans artério-scléreux, présentant un nuage d'albumine dans les urines et venant consulter pour une quatrième crise de coliques. On notait chez lui un liséré très net et la présence, sur le bord supérieur de la lèvre inférieure, de deux taches ardoisées indiscutables.

## Pigmentation de la muqueuse buccale dans le diabète bronzé

---

Quoique la mélanodermie ne constitue pas un signe absolument constant de la cirrhose hypertrophique pigmentaire décrite en 1882 par Hanot et Chauffard (1), elle existe dans presque tous les cas et justifie le nom de diabète bronzé souvent appliqué à cette maladie.

La mélanodermie est constituée par une teinte bistrée ou mine de plomb, uniforme, sans pointillé ni plaques hyperpigmentées comme dans la maladie d'Addison. Elle est plus marquée au niveau des régions exposées à la lumière telles que la face, les mains, et également au niveau des organes génitaux.

Les muqueuses sont-elles prises dans le diabète bronzé ? Les traités classiques, presque tous, affirment leur intégrité, et l'on pourrait établir même qu'il y a là un élément de diagnostic différentiel avec la maladie d'Addison.

Cependant, dans un travail récent, M. Gouget (2)

---

1. La mélanodermie était absente, en particulier, dans un cas de Brault et Galliard.

2. Gouget, *Société médicale des hôpitaux*, 2 février 1912, p. 129.

a montré que la pigmentation buccale était loin d'être rare en pareil cas. Cet auteur a relevé avec soin les indications contenues dans les 65 observations publiées de cirrhose pigmentaire, dont une cinquantaine méritent le nom de diabète bronzé. Or, dans 11 cas au moins, c'est-à-dire dans une proportion considérable, la pigmentation des muqueuses est signalée. Il faut y ajouter le cas de MM. Marcel Labbé et Bith (1).

Les indications contenues dans le travail de M. Gouget étant très précises, nous les suivons ici exactement (2).

*Observation* de Parkes et Harley : taches pigmentaires sur les conjonctives et la muqueuse labiale.
— de Leva : taches brunes buccales.
— de Parker : coloration grise des gencives.
— de Barth (3) : pigmentation de la muqueuse buccale.
— de Mossé et Daunic (4) : légère pigmentation à la face interne d'une joue et de la lèvre inférieure.
— de de Massary et Potier (5) : pigmentation des lèvres.
— de Richardière (6) . conjonctives et muqueuse buccale uniformément grisâtres.

---

1. Marcel Labbé et Bith, *Société médicale des hôpitaux*, 26 janvier 1912, p. 119.

2. Nous apportons ici les indications bibliographiques que nous avons retrouvées, concernant les observations dont parle M. Gouget dans son travail.

3. Barth, *Société anatomique*, 1888, p. 560.

4. Mossé, *Congrès français de Médecine de Lyon*, 1894.

5 De Massary et Potier. *Société anatomique*, 26 avril 1895.

6. Richardière, *Union médicale*, 7 décembre 1885.

*Observation* de Jeanselme (1) : pigmentation du bord libre de la gencive.

— de Ferrannini : petites taches brunes sur la muqueuse buccale.

— de Gouget (2) : trois taches ardoisées typiques sur le bord de la langue de part et d'autre de la pointe.

— de Gouget (3) : cirrhose pigmentaire qui avait été prise jusqu'à la fin pour une maladie d'Addison, précisément parce que le malade présentait des plaques pigmentaires très foncées sur la muqueuse des joues.

— de M. Labbé et Bith (4) : « A la face interne des joues, on voit des petites taches noirâtres de la dimension d'une lentille ; il y en a également à la face interne des lèvres, au niveau des commissures labiales, sur la face inférieure droite de la langue, et même sur le bord libre de la paupière inférieure. »

(Remarquons que la pigmentation présente le plus souvent, une coloration brunâtre plutôt que grise ce qui constitue une différence avec la pigmentation des saturnins).

La plupart des cas cités précédemment ont eu le contrôle de l'autopsie ou étaient cliniquement indiscutables (Gouget). M. Gouget élimine les cas douteux : ceux de Murri probablement imputable à une phtiriase invétérée et terminé d'ailleurs par la guérison et de Schultze (cirrhose alcoolique avec « mélanoplakie » très étendue de la muqueuse buccale, mais sans pigmentation cutanée).

---

1. Jeanselme, *Société médicale des hôpitaux*, 5 février et 23 avril 1897.
2. Gouget, *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1911. Masson.
3. *Ibid.*
4. *Loc. cit.*

*
* *

De ces constatations, un double enseignement se dégage :

1° La pigmentation buccale ne constitue pas un élément de diagnostic entre la maladie d'Addison et le diabète bronzé ;

2° La pigmentation buccale ne doit aucunement nous surprendre dans le diabète bronzé, puisque tant d'organes se montrent chargés de pigment à l'autopsie des malades atteints de cirrhose pigmentaire. Dans son *Traité des maladies du foie* écrit en collaboration avec M. Chiray, le professeur agrégé Castaigne reproduit de très belles figures qui montrent l'infiltration du pigment ocre dans le foie, dans le myocarde, dans les parois interalvéolaires des poumons, dans les *glandes sudoripares*, dans les *leucocytes*, dans l'épithélium rénal, etc. La muqueuse buccale doit être ajoutée à cette série.

*
* *

A côté du diabète bronzé, on a signalé la pigmentation des muqueuses, au cours d'affections hépatiques qui ne réalisaient pas le type de la cirrhose pigmentaire. Déjà, MM. Gilbert et Lereboullet (1),

---

1. Gilbert et Lereboullet, *les Mélanodermies d'origine biliaire* (*Soc. médicale des hôpitaux*, 2 mai 1902, p. 383).

dans une étude fort complète sur les mélanodermies d'origine biliaire, citent une observation de mélanodermie avec pigmentation des muqueuses chez une femme de soixante-sept ans, atteinte de cholémie manifeste ; mais étant donné la phtiriase présentée par cette malade, nous avons reporté cette observation au chapitre de la mélanodermie phtiriasique (V. p. 59).

Mais c'est surtout une observation de MM. Ch. Gandy et F.-X. Gouraud (2) que nous avons en vue en parlant de ces mélanodermies d'origine biliaire. Dans ce cas, il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, dont on trouvera plus loin l'observation résumée et qui présentait une telle pigmentation que l'on crut, tout d'abord, à une maladie d'Addison. La pigmentation est à la fois cutanée et muqueuse : série de taches brunâtres sur la face cutanée des lèvres et petite tache ardoisée assez pâle sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, en avant de la commissure gauche. La muqueuse de la cavité buccale ne présente pas d'autre trace de pigmentation. Or, ce malade est nettement un hépatique : depuis six ans, il a eu des poussées d'ictère et de subictère avec tuméfaction du foie; la première de ces poussées a été un épisode franc, douloureux, avec rétention biliaire complète ; crises splénalgiques violentes ;

---

1. Gandy et Gouraud, *Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie* (*Soc. médicale des hôpitaux*, 4 juillet 1902, p. 676).

splénomégalie ; cholémie ; enfin, la mélanodermie est survenue il y a dix-huit mois.

Assurément, on ne peut, en pareil cas, écarter, d'une façon définitive, le diagnostic de maladie d'Addison (les auteurs n'indiquent pas l'état de la pression artérielle), mais il faut tenir grand compte des antécédents hépatiques. La réalité de la mélanodermie d'origine hépatique est bien établie depuis les travaux de MM. Gilbert et Lereboullet ; on sait que les troubles hépatiques sont susceptibles d'entraîner divers types de dyschromie (mélanodermie ou inversement achromie, puisque MM. Gandy et Paillard (1) ont remarqué que le vitiligo peut survenir à la suite de troubles hépatiques, à la suite de poussées ictériques). Il est nécessaire que l'attention soit attirée sur ces faits et peut-être alors de nouvelles observations, plus précises et plus nombreuses, viendront-elles se classer sous cette rubrique.

OBSERVATION de MM. Marcel Labbé et Bith

(*Société médicale des hôpitaux*, 26 janvier 1912, p. 119.)

*Un cas de diabète bronzé*

(Résumée)

Mme C..., soixante-trois ans, entrée à la Charité le 14 juin 1911.

Elle a joui d'une excellente santé jusqu'en janvier 1911 ;

---

1. Gandy et Paillard, *Vitiligo méta-ictérique. Origine biliaire de certains vitiligos* (*Soc. médicale des hôpitaux*, 28 février 1908).

elle était alors très fatiguée et souffrait d'une soif intense; on découvrit du sucre dans les urines. La glycosurie diminue sous l'influence du régime, mais, à partir du mois de mai, elle devient irréductible.

Puis apparut une teinte bronzée des mains, de la figure et des autres parties du corps; les dents se carient et tombent. La malade se plaint de crampes dans les membres inférieurs.

A son entrée, on est frappé par sa fatigue extrême et son amaigrissement (de 65 kilos elle est tombée à 42). Les pommettes sont rouges, les lèvres cyanosées, la peau est plissée, flasque ; sur le corps et les membres, on remarque quelques nœvi de la grosseur d'une lentille. Les téguments sont foncés; le ton est bistre ; cette pigmentation est étendue à tout le corps, mais plus marquée à la face et aux mains ; elle existe aussi sur les muqueuses. A la face interne des joues, on voit de petites taches noirâtres, de la dimension d'une lentille ; il y en a également sur la face interne des lèvres, au niveau des commissures labiales, sur la face inférieure droite de la langue et même sur le bord libre de la paupière inférieure gauche.

Le foie est dur, lisse, indolent; son bord inférieur est à l'ombilic.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Les troubles digestifs consistent surtout en une anorexie profonde ; lèvre et bouche sèches ; haleine légèrement aromatique. Pas de vomissements, de diarrhée, ni de constipation.

Le cœur n'est pas hypertrophié. Pouls : 80. Tension artérielle : 17.

Quelques signes de bronchite ; sommet droit suspect. Les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux.

La température est normale.

Les urines assez foncées sont émises au taux de 2 litres par vingt-quatre heures ; glycosurie de 65 grammes ; peu de pigments biliaires, quantité notable d'urobiline, pas d'albumine. Réactions de Gerhardt, de Legal, de Lieben positives, mais faiblement.

La malade reste dans le service, de juin à octobre, et meurt le 18 de ce mois.

La glycosurie est toujours considérable (40 à 150 gr.). On trouve dans l'urine une quantité notable d'acides aminés, indice d'une insuffisance hépatique. L'intoxication acide fait des progrès, la réaction de Gerhardt est fortement positive. La malade succombe rapidement dans le coma après avoir présenté une érysipèle de la face. Les lésions anatomo-pathologiques sont classiques et rapportées en détail par les auteurs.

## OBSERVATION de MM. Ch. Gandy et F.-X. Gouraud

(*Soc. méd. des Hôpitaux*, 4 juillet 1902, p. 676.)

### *Mélanodermie biliaire à type addisonien avec spléno-mégalie*

(Résumée)

F..., vingt-huit ans, jardinier, entré le 7 mars 1902 à l'Hôtel-Dieu, service du professeur Dieulafoy.

Il se plaint de faiblesse extrême, de douleurs vives et fréquentes de tout l'hypochondre gauche.

Le malade est en décubitus dorsal, très apathique, somnolent.

Ce qui frappe d'abord, c'est une pigmentation intense et généralisée qui rappelle celle de la maladie d'Addison. La peau offre un aspect bistre, brun clair, rappelant la coloration du mulâtre. Cette pigmentation est très marquée sur la face : front, nez, sillons naso-géniens, parties latérales du menton ; il s'agit de larges taches brunes, irrégulières : sur elles, sont disséminees de petites taches punctiformes presque noirâtres.

Au cou, sur la poitrine, le dos, la teinte, plus claire, est à peu près uniforme ; cependant, les mamelons sont très pigmentés : les plis axillaires, la région de la ceinture, le méplat sacré sont foncés. En dedans du mamelon gauche, existe un cercle de coloration plus foncée correspondant à l'application récente d'une mouche de Milan. La partie gauche du thorax, où ont été appliqués récemment des sinapismes, montre de larges taches brûnâtres. La région ano-génitale est légèrement pigmentée, le fourreau de la verge présente une teinte mélanique.

Sur les membres supérieurs, il existe une pigmentation légère du pli du coude ; cette pigmentation est très nette sur 3 cicatrices de vaccin ; elle est intense sur le dos des mains.

Au membres inferieurs, l'atteinte est aussi moins intense ; cependant, elle est accentuée à la face antéro-interne des cuisses. Une large tache cuivrée plus foncée encore apparaît sur la cuisse droite. La pigmentation se retrouve au pli fessier, au creux poplité ; elle est à peu près nulle sur les jambes et les pieds.

Enfin, la face cutanée des lèvres offre toute une série de

taches brunâtres ; seule, une petite tache ardoisée assez pâle se retrouve sur la face muqueuse de la lèvre inférieure en avant de la commissure gauche ; pas de pigmentation sur le reste de la muqueuse buccale.

Légère teinte ictérique des conjonctives.

La rate est considérablement hypertrophiée ; elle déborde de 6 centimètres le rebord costal et mesure 28 centimètres de longueur sur 16 de largeur ; elle est mobile et se déplace de plusieurs centimètres suivant les attitudes du malade. Le foie est un peu gros ; pas de circulation collatérale.

Les urines sont de coloration orange et présentent la réaction de Gmelin.

Le pouls est à 60 ; il existe, à la pointe, un souffle extra-cardiaque.

Aux deux sommets du poumon, on trouve des signes d'induration indiscutable.

La température est à 37°2.

Dans les antécédents, on retrouve (outre les signes fonctionnels liés à l'évolution tuberculeuse) une colique hépatique survenue six ans auparavant : douleur prédominant dans la région hépatique, fois gros, ictère passager, matières de coloration mastic.

Le malade a présenté des épistaxis récidivantes et, de plus, des douleurs de plus en plus intenses dans les région splénique.

En mai 1901, il entre à l'Hôtel-Dieu chez le professeur Brissaud ; on constate alors et la mélanodermie et la grosse rate et les signes de tuberculose. Le malade fait divers séjours dans le service de Brissaud, puis entre dans le service de Dieulafoy.

L'examen du sang a montré une cholémie nette, l'examen des urines a décélé des pigments biliaires en quantité notable, une élimination satisfaisante de l'urée, l'absence de glycosurie alimentaire (1).

---

1. Les auteurs n'ont pas pratiqué l'étude de la résistance globulaire, comme on ne manquerait pas de le faire actuellement. Malgré tout, leur observation demeure intéressante et nous avons tenu à la citer.

## Pigmentation buccale chez les tuberculeux

En dehors du syndrome addisonien, on peut constater chez les tuberculeux une pigmentation cutanéo-muqueuse notable dont il est intéressant de préciser les caractères habituels. C'est ce qu'ont fait Laffitte et Moncany (1) dans un travail resté classique, mais qui montre, d'ailleurs, beaucoup plus comment la question doit être posée plutôt que le sens dans lequel elle doit être résolue.

En effet, le point important est de savoir s'il y a ou non insuffisance surrénale et si les symptômes constatés peuvent être mis sur le compte d'une maladie d'Addison fruste ou de « l'addisonisme » (Boinet).

*
* *

Nous résumons tout d'abord les observations de Laffitte et Moncany.

1° Homme de trente-sept ans. Ramollissement tuberculeux d'un sommet, température à 38°5.

Pigmentation spéciale, brun clair, de la moitié

1. Laffitte et Moncany, *Société médicale des hôpitaux*, 13 nov. 1903 p. 1238.

antéro-latérale gauche du cou. Taches pigmentaires cutanées, une dans la région inguinale droite, une dans la région deltoïdienne du même côté, allongées verticalement et de couleur café au lait. Dans la bouche, existent deux tâches pigmentaires de forme circulaire, de 2 millimètres de diamètre, de coloration brune; elles siègent à la face interne de la lèvre inférieure du côté droit; une autre tache siège à l'union de la muqueuse labiale et de la peau; une autre à la face interne de la joue droite, en face de la deuxième molaire. Voûte palatine, voile du palais et pharynx très pâles.

* * *

2° Homme de trente ans. Condensation tuberculeuse du sommet droit.

Pigmentation brunâtre siégeant sur la joue gauche entre l'oreille et l'os malaire. Dans la bouche, la muqueuse jugale présente du côté gauche, à un centimètre en arrière de la commissure labiale, une plaque de leucoplasie d'un centimètre de diamètre; du côté droit, on voit à 2 centimètres en arrière de la commissure, six petites taches pigmentaires du diamètre d'une lentille, de couleur bistre ou café au lait. Pigmentation bistre générale du cou avec prédominance sur la partie antéro-latérale gauche, de la mâchoire à la clavicule. Sur le thorax, quelques taches pigmentaires café au lait, en arrière de l'omoplate gauche. Pigmentation marquée des aréoles des mamelons.

*
* *

3° Homme de trente-neuf ans. Ramollissement tuberculeux du poumon droit.

Pigmentation marquée dans certaines régions ; elle s'accentue au niveau de la partie moyenne du corps, au point de former vers les lombes et l'ombilic une véritable ceinture ; la peau, en ce point est rugueuse, craquelée, squameuse. La région cervicale sur les côtés présente une coloration brun chocolat très clair. On remarque quelques petites taches pigmentaires derrière le pavillon de l'oreille droite. Les lèvres présentent des taches analogues au niveau des commissures et au point d'union de la peau avec la muqueuse.

Enfin, sur la muqueuse buccale, on trouve une tache brune de la largeur d'une lentille, à 2 centimètres en arrière de la commissure droite.

*
* *

Dans quatre autres observations, Laffitte et Moncany citent la pigmentation cutanée, sans pigmentation muqueuse, chez des tuberculeux à des stades divers de leur évolution ; les 7 mélanodermiques ont été trouvés dans un groupe de 27 tuberculeux présents dans une salle d'hôpital ; on voit la proportion considérable de tuberculeux pigmentés et il est évident que des recherches dans une salle de tuberculeux doivent fournir des renseignements positifs

dans une proportion, sinon toujours aussi forte, du moins notable. Personnellement, nous avons le souvenir d'avoir constaté une pigmentation buccale discrète chez un certain nombre de tuberculeux, mais nous n'avons pas de statistique à apporter ; nous relatons, à la fin de ce chapitre l'observation d'un cas que nous observé récemment ; d'ailleurs les cas de Laffitte et Moncany peuvent être pris comme types de description et de discussion.

*
* *

Quelle est, en effet, la cause de cette pigmentation ? Sans vouloir pénétrer dans l'intimité des processus d'hyperchromie, nous devons, au moins, poser ici la question suivante : s'agit-il, ou non, d'insuffisance surrénale ?

A notre avis, la discussion de l'insuffisance surrénale doit être conduite, en pareil cas, de la façon suivante :

1° Y a-t-il des signes cliniques d'insuffisance surrénale ?

2° Au cas où les signes précédents n'existent pas nettement, l'opothérapie surrénale provoque-t-elle chez le malade une amélioration permettant d'admettre une insuffisance antérieure ?

3° Au cas où il n'y a pas de signes d'insuffisance surrénale et où l'opothérapie est inactive, quelle est la pathogénie de la pigmentation ?

### 1° *Il y a des signes cliniques d'insuffisance surrénale légère*

Parmi eux, il faut placer l'hypotension, la ligne blanche de Sergent, les phénomènes douloureux abdominaux, les troubles intestinaux, l'asthénie.

*L'hypotension* n'est pas signalée dans les observations de Laffitte et Moncany, leur travail date, en effet, de 1903 et c'est depuis seulement qu'il est classique de ranger l'hypotension comme signe primordial de l'insuffisance surrénale.

De toute façon, elle est fréquente chez les tuberculeux ; elle ne relève pas forcément de l'insuffisance surrénale et le professeur Pierre Teissier a bien insisté sur l'action hypotensive de la tuberculine même ; il n'en est pas moins vrai que la constatation d'une tension systolique à 11, 10, 9 (à l'appareil de Pachon) doit poser, chez un tuberculeux, l'hypothèse de l'hypo-épinéphrie.

La ligne blanche de Sergent, dont on discute moins la valeur maintenant qu'on la recherche mieux (en frôlant seulement la paroi abdominale avec le dos de l'ongle et en attendant sa production qui demande parfois plusieurs secondes) est un signe d'hypotension ; indique-t-elle forcément une déficience surrénale ? nous ne saurions l'affirmer mais les recherches si minutieuses de Sergent tendent à faire admettre cette notion dans la plupart des cas.

Les *phénomènes douloureux abdominaux* et les *troubles des fonctions intestinales* traduisent la souffrance du plexus solaire voisin des surrénales. Les douleurs solaires profondes, diffuses, à irradiations peu lointaines rappellent, en petit, ce que l'on observe dans la maladie d'Addison ou dans les affections pancréatiques avec englobement solaire. Quant aux troubles intestinaux, il s'agit tantôt de diarrhée, tantôt de ballonnement abdominal. Comme l'a bien montré le professeur agrégé Loeper, la diarrhée du tuberculeux n'indique pas toujours la colonisation intestinale du bacille de Koch ; elle peut traduire un trouble fonctionnel lié à une alimentation vicieuse, à une mauvaise fonction hépatique ou pancréatique ; elle peut être le résultat d'altérations solaires qui agissent sur le pouvoir sécrétoire de l'intestin. Assurément, il peut être malaisé d'établir entre ces variétés une distinction clinique décisive, et parfois ce seront une amélioration rapide, une tolérance relative, l'absence constante de sang dans les matières qui permettront d'affirmer que la diarrhée n'est pas due à des ulcérations intestinales, mais ces caractères ne suffisent pas à la rapporter à des troubles solaires.

Quant au ballonnement intestinal, il est presque toujours épisodique ; parfois, cependant, il peut faire penser à une extension du processus tuberculeux au péritoine.

Même en cas d'hypoépinéphrie légère, l'*asthénie* est réelle chez le tuberculeux : elle est plus considérable que ne l'explique la fonte musculaire ; elle s'accom-

pagne souvent d'une légère dépression psychique ou, au moins, de la conscience profonde de cette asthénie ; cette dernière résiste aux efforts de bonne volonté du malade, elle est permanente et diffère par là des asthénies capricieuses des névropathes qui sont susceptibles de fournir un travail musculaire notable s'il comporte pour eux quelque intérêt. L'examen de la force musculaire au dynamomètre montre un chiffre relativement bas, ou, au moins, la fatigue rapide.

Tels sont les signes qui, lorsqu'on les trouve associés à la pigmentation cutanéo-muqueuse permettent de songer à une insuffisance surrénale. Celle-ci pourra d'ailleurs subir une évolution variable :

*a*) Ou bien évoluer franchement vers la maladie d'Addison caractérisée ;

*b*) Ou bien demeurer à l'état d'ébauche pendant de longues années ;

*c*) Ou bien disparaître par l'opothérapie surrénale,

2° *Il n'y a pas de signes nets d'insuffisance surrénale mais l'opothérapie amène une réelle amélioration des symptômes.*

Outre la pigmentation, on constate seulement de la tachycardie et une asthénie légère ; il n'y a pas de quoi établir là un syndrome d'insuffisance surrénale ; vient-on à donner l'adrénaline ou l'extrait surrénal, on observe une amélioration notable, non seulement

des symptômes précités, mais encore de l'état général ; le malade engraisse et va mieux ; seule la pigmentation ne se modifie pas.

L'insuffisance surrénale est probable en pareil cas, mais elle n'est pas certaine, car l'opothérapie peut agir à titre symptomatique et non pathogénique.

3° *Il n'y a aucun signe d'insuffisance surrénale l'opothérapie surrénale est inactive.*

La pigmentation rentre alors probablement dans le cadre des pigmentations d'origine indéterminée ; elle est souvent localisée à la muqueuse buccale ; il y a lieu de rechercher si elle préexistait à l'évolution de la tuberculose.

OBSERVATION (Inédite) (1)

*Tuberculose fibreuse. — Tache pigmentaire buccale*

Homme de quarante-trois ans, garçon livreur.

*Antécédents.* — Croup à sept ans, variole dans l'adolescence.

A fait successivement les métiers de : chef d'équipe dans une imprimerie, garçon livreur.

Depuis dix-huit mois, il ne peut plus travailler que par intermittences ; lorsqu'il fait un effort, il est essoufflé et se fatigue vite.

1. Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Castaigne, qui nous a permis de recueillir et d'utiliser cette observation.

*Épreuve du dynamomètre.* — Main gauche : 24 1/2. Main droite : 23 1/2.

Le malade se plaint de toux, d'essoufflement ; il expectore de gros crachats jaunâtres muco-purulents

L'examen du thorax montre les particularités suivantes : le thorax est très bombé à sa partie supérieure ; l'abdomen se rétracte à chaque inspiration (1) ; la mensuration du thorax donne les chiffres de 80 (expiration forcée), 86 (inspiration forcée).

A l'auscultation : bruits bronchiques très nombreux surtout derrière le sternum et dans les régions juxta-vertébrales ; expiration prolongée ; respiration diminuée aux bases sans matité. Aux sommets et spécialement au sommet droit, les râles sont plus nombreux ; la transsonance claviculaire est exagérée de ce même côté. Le malade n'a pas été examiné à la radioscopie.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un malade atteint de tuberculose fibreuse.

L'examen des téguments ne nous montre aucune pigmentation exagérée ; rien d'anormal au niveau des aréoles des seins ni des organes génitaux externes. Mais l'inspection de la muqueuse buccale décèle du côté droit, sur la face interne de la joue, la présence d'une tache ardoisée dont la surface est un peu inférieure à celle d'une lentille et qui est située en regard de la deuxième prémolaire inférieure ; la coloration

---

1. Ce fait n'est pas pathologique ; il a été étudié par Thooris récemment. La paroi abdominale se contracte pour immobiliser les viscères et fournir un point d'appui au diaphragme. Cette rétraction inspiratoire diminue beaucoup quand on examine le malade dans la position couchée.

est très nette au centre, plus diffuse à la périphérie. En avant et en bas de la tache, il en existe une autre du volume d'une tête d'épingle environ. Les dents sont en mauvais état ; il n'y a pas de liseré.

La recherche de la pression artérielle est pratiquée à l'aide de l'appareil Potain seulement. La pression maxima est de 14.

La ligne blanche de Sergent (recherchée dans la position horizontale) se montre d'une façon très nette sur la paroi abdominale.

Il n'y a ni douleurs dans le ventre, ni troubles intestinaux.

Tels sont les arguments que l'on peut invoquer pour ou contre l'insuffisance surrénale. Il est à noter, de plus, que le malade présente un visage sinon glabre, du moins très pauvre en ce qui concerne le système pileux ; ce fait, joint à la coloration légèrement pâle et jaunâtre du visage, peut faire penser à une insuffisance thyroïdienne de date assurément ancienne.

---

## Pigmentation buccale dans la mélanodermie phtiriasique

La réalité de la mélanodermie phtiriasique est actuellement bien établie. Elle survient, en général, chez les individus porteurs d'une grosse quantité de *pediculi corporis*, c'est-à-dire chez les vagabonds, chez les sujets restant plusieurs mois sans se dévêtir et ne prenant aucun soin de propreté de la peau. Il faut avoir vu dans les hôpitaux quelques-uns de ces malheureux pour s'imaginer la quantité considérable de parasites logés dans leurs vêtements ; il y a là, sans exagération, une véritable fourmilière, et l'on a grand'peine à nettoyer complètement ces malades. Sitôt dévêtus, on est frappé par la coloration noire de la peau ; fait important, elle est surtout marquée dans deux régions : les épaules et la ceinture, c'est-à-dire les deux régions où les vêtements sont le plus appliqués sur le corps et où les parasites peuvent se loger dans les replis. A la mélanodermie se surajoutent souvent des lésions de grattages qui sont, elles-mêmes, plus ou moins infectées.

Or, les muqueuses ne semblent pas toujours indemnes. Le fait a été établi par M. Thibierge, le professeur Chauffard, Greenhow, Besnier. MM. Gilbert

et Lereboullet, MM. Le Play et Déhu. MM. Courtellemont et Bax ont rapporté des cas où cette pigmentation était indiscutable, et M. Darier, dans son *Précis de Dermatologie*, déclare avoir vérifié ce fait bien souvent. Les taches sont, en général, brunâtres, ardoisées, analogues à celles que l'on observe dans la maladie d'Addison. Aussi, peuvent-elles être la source de quelque confusion, et c'est surtout en songeant au diagnostic différentiel avec cette affection que les auteurs se sont attachés à les décrire.

* * *

Le diagnostic repose sur les constatations suivantes : dans la maladie d'Addison, la coloration cutanée prédomine dans les régions découvertes, à la face, aux mains, etc. ; dans la maladie des vagabonds, la pigmentation cutanée est maxima dans les régions surtout couvertes, c'est-à-dire dans celles où les vêtements sont à peu près immobiles (épaules, ceintures). La constatation des parasites, la trace de lésions de grattage plaident manifestement en faveur de la phtiriase. D'autre part, il convient de rechercher s'il y a d'autres signes de la maladie d'Addison : asthénie, troubles gastro-intestinaux, douleurs abdominales, hypotension. L'asthénie existe souvent chez les vagabonds ; mal nourris, épuisés par l'absence de tout soin hygiénique, profondément intoxiqués peut-être, ils sont presque tous très affaiblis mais (à la condition qu'ils ne soient ni tuberculeux, ni albu-

minuriques, etc...), ils « se remontent » souvent avec une rapidité remarquable sitôt qu'ils sont dans un lit d'hôpital, alimentés du mieux possible, complètement débarrassés des parasites ; l'asthénie disparaît alors sans qu'il ait été nécessaire de faire intervenir l'opothérapie surrénale. Les troubles digestifs, les douleurs abdominales peuvent exister pour des raisons bien différentes de celles qui entrent en ligne de compte dans la maladie d'Addison ; on tentera d'en préciser la nature. Quant à l'hypotension, elle est liée à l'asthénie. Nous l'avons notée dans plusieurs cas de mélanodermie phtiriasique que nous ne rapportons pas ici parce qu'ils ne s'accompagnaient pas de pigmentation buccale ; dans tous ces cas, la pression artérielle a rapidement rejoint le chiffre normal sous l'influence du traitement (1).

*
* *

Mais il faut tenir compte encore d'une autre éventualité : la *coexistence possible de la phtiriase et de la maladie d'Addison ;* un certain nombre de phtiriasiques sont tuberculeux, présentent des lésions pulmonaires indiscutables ; leurs capsules surrénales ne sont-elles pas également atteintes dans quelques cas ? La question a été posée par plusieurs auteurs

1. L'état de la tension artérielle n'est pas noté dans la plupart des observations que nous rapportons plus loin ; il y a relativement peu d'années, en effet, que l'on a attiré l'attention sur la valeur de ce signe dans la maladie d'Addison.

et l'on conçoit que des autopsies seraient indispensables pour préciser ce point.

Du moins, peut-on soupçonner une atteinte surrénale concomitante, si l'asthénie est réelle et persistante, si l'hypotension est permanente, si de violentes douleurs viennent traduire la souffrance du plexus solaire. Au cas où l'opothérapie surrénale amène une amélioration de ces différents symptômes, on verra là un argument en faveur de l'insuffisance surrénale; mais comme nous l'avons dit p. 48, ce n'est pas une raison absolue parce que l'extrait surrénal peut agir à titre seulement symptomatique, en dehors de toute insuffisance surrénale.

## OBSERVATION de Besnier

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* t. X, 1889, p. 569.)

*Mélanodermie généralisée, avec pigmentation des ongles, de la muqueuse buccale et du prépuce, sans signes certains de cachexie surrénale.*

M..., Auguste, soixante-deux ans, taille 1 m. 64, poids 59 kilogrammes, se présente à l'hôpital Saint-Louis le 29 mars 1889, à la fois parce qu'il est dans la misère et couvert de poux.

Il est né dans le Loiret, près de Montargis, n'a jamais quitté la France et ne paraît pas avoir été soumis à l'intoxication paludique. Ses parents sont morts à un âge avancé, soixante-dix à soixante-quinze ans.

Sa santé habituelle est bonne ; on trouve seulement la trace d'un bubon suppuré qu'il aurait eu vers l'âge de trente ans, mais rien ne permet de supposer qu'il ait eu la syphilis. Il ne tousse pas, et on ne trouve chez lui aucune trace de localisation tuberculeuse. Ses fonctions s'exécutent bien ; il n'est pas sujet à la diarrhée. Étant jeune, il avoue avoir fait quelques excès de boisson, mais il paraîtrait que depuis plusieurs années il est sobre et son examen actuel ne dénote pas chez lui de signes manifestes d'alcoolisme.

Bien que ce malade ne se considère que comme n'étant que depuis deux mois dans la misère, il est habituellement dans des conditions d'existence dure particulière.

Le malade n'a jamais été marié, et depuis un grand nombre d'années il couche dans les écuries, manquant, par conséquent, de tous soins les plus élémentaires de l'hygiène. Pour lui, il n'aurait eu de la phtiriase que depuis peu de mois, et il n'en aurait pas eu antérieurement. Il déclare avoir toujours été, ainsi que ses parents, brun de peau ; mais il ne fait pas remonter à plus de deux ou trois mois le degré actuel de coloration vraiment noire.

Ce qui frappe lorsqu'on examine, au premier abord, ce malade, c'est une teinte brune très foncée des téguments à peu près universelle.

A la face, elle est relativement peu prononcée et ne dépasse pas beaucoup le teint hâlé des ouvriers de la campagne, à la fin de la saison d'été. Cependant, on remarque que cette coloration existe aux oreilles, au col, à la nuque, et qu'elle se prolonge sur tout le haut de la poitrine, prédominant d'une manière très accentuée aux aisselles, à la région sus-scapulaire, et, d'autre part, à l'inverse de ce qu'on observe dans la

pigmentation solaire, les parties couvertes sont plus teintées que les parties découvertes. Ces dernières particularités sont très évidentes à la face dans toute la partie supérieure. la région frontale notamment, sont peu colorées, et aux avant-bras, qui perdent leur couleur tout à fait foncée, précisément aux points où commence l'hyperpigmentation solaire.

Les deux seins se décolorent un peu, mais l'aréole des deux mamelons présente une coloration tout à fait semblable à celle de la grossesse chez la femme. La teinte brun foncé réparaît aux maximum autour de la ceinture, au niveau de la crête de l'os des îles, aux organes génitaux, à la face interne des cuisses et à la face interne des jambes. Mais le quart antéro-inférieur de la cuisse reprend la coloration normale, laquelle ne présente plus qu'un dernier point maximum aux creux poplités.

Les cheveux, autrefois très noirs, restent abondants, grisonnants, ils ne tombent pas ; la moustache est noire, la barbe du menton blanche. Dans les aisselles, poils absents, et au pubis, très rares.

Aux mains, dont la coloration, assez foncée à la face dorsale, est normale à la face palmaire, on constate une rétraction de l'aponévrose palmaire très caractérisée dans le point d'élection à la main gauche, maintenant dans la flexion l'annulaire et le médius. A la main droite, même lésion, laquelle atteint son maximum au bord cubital de l'arcade palmaire, et le malade déclare, en outre, avoir éprouvé un traumatisme. Ces altérations sont très anciennes ; elles remontent à plus de vingt ans.

Mais ce n'est pas seulement la peau qui présente des pig-

mentations (et elle-même en offre qui sont d'une autre nature), mais encore les muqueuses.

a) *Peau.* — On trouve, disséminées sur le tronc et sur les membres, discrètes, quelques taches lisses ou légèrement saillantes, absolument comparables à des taches d'encre, présentant un très léger relief et qui sont des taches pigmentaires. Les quelques cicatrices que le malade porte sur le corps sont pigmentées, mais partiellement et très légèrement.

b) *Muqueuses.* — Les conjonctives et l'appareil oculaire n'ont aucune coloration pathologique, mais la cavité buccale en présente un grand nombre, toute la portion molle du voile du palais est comme tatouée, ressemblant à la peau infiltrée de grains de poudre ou de grains d'acier; à la face intérieure des joues, les taches sont plus larges, paraissant occuper surtout la ligne interdentaire.

Elles n'existent pas manifeste à la face interne des lèvres. La langue est altéree, mais sans aucune tache pigmentaire, présentant un état scrotal léger, et un peu de stomatite épithéliale diffuse. Le malade n'est pas fumeur, mais il chique.

On retrouve ces mêmes taches sur le prépuce dans sa portion cutanée et dans partie dite muqueuse, sous forme de petites stries linéaires, absolument noires, comme faites avee un pinceau chargé d'encre.

e) *Ongles.* — Les ongles présentent une altération générale aux extrémités supérieure et inférieures ; aux extrémités inférieures, lésions diverses d'onychogryphose, affectant toutes les variétés possibles de cette déviation trophique. Mais, aux mains, la lésion est beaucoup plus remarquable.

Elle consiste dans une hyperplasie très accentuée et généralisée du lit de l'ongle, lequel soulève la lame cornée dans son tiers inférieur et laisse voir l'épaisissement en moelle de jonc du lit de l'ongle, se continuant sans interruption avec la lésion unguéale. Mais ce qui est particulièrement remarquable, c'est que les striations normales de l'ongle, que l'exagération proliférative rend plus évidente qu'à l'état normal, présentent, en un grand nombre de points, une disposition linéaire extrêmement remarquable, particulièrement au pouce, à l'index et l'annulaire de la main droite, et très nette encore, quoique moins prononcée aux mêmes doigts de la main gauche.

Interrogé sur la chronologie de toutes ces pigmentations, le malade reste absolument muet. Il croit savoir que son père était brun, et lui-même il semble croire qu'il n'a jamais été autrement qu'il n'est actuellement.

Il ne sait pas davantage à quel moment ses ongles se sont altérés et striés de noir. On obtient une affirmation un peu plus accentuée à l'égard d'une petite tache noire que le malade offre sur le bord antérieur du grand pectoral gauche, et sur la coloration des mamelons qu'il aurait toujours eus de cette nuance.

*État général.* — Il semble assez bon ; le malade a de l'appétit ; ses digestions se font bien ; il n'a pas de vomissements, pas de pituites, il n'a pas la diarrhée et n'est pas sujet à cet accident. Depuis quelques mois, il a pâti, n'ayant plus de travail, continuant à coucher dans l'écurie, et depuis ce temps il aurait un peu maigri ; ses forces ont diminué, cependant l'énergie musculaire paraît normale il peut marcher sans difficulté ni faiblesse et poursuivre une assez

longue course. Les réflexes rotuliens sont normaux et la sensibilité est tout à fait intacte.

Il n'a ni douleurs de reins, ni sensibilité de la région lombaire, ni rien d'appréciable à l'examen le plus attentif de cette région ; il en est de même pour les viscères, foie, rate, cœur, poumons, corps thyroïde, qui paraissent à l'état normal aussi bien daus leurs caractères physiques que dans leurs fonctions.

Les urines, pâles, ont une densité de 1,020; leur quantité est de 18 à 1900 grammes par vingt-quatres heures. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. (Le malade ne présente ni polyphagie ni polydypsie).

## OBSERVATION de MM. Gilbert et Lereboullet

(*Soc. médicale des hôpitaux de Paris.* 2 mai 1902, p. 392.)

Mme M..., âgée de soixante-sept ans, est entrée à Broussais en mai 1900 pour misère, cachexie et mélanodermie phtiriasique.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève que sa mère avait la peau brune et était rhumatisante ; que, parmi ses frères et sœurs, une sœur, de teint très brun, a eu des coliques hépatiques dont elle est morte. La malade a un fils bien portant, mais de teint basané.

Elle-même a toujours eu le teint brun, n'avait pas d'urticaire ni de démangeaisons habituelles, pas d'hémorragies, mais était depuis de nombreuses années sujette à des douleurs d'estomac revêtant le caractère de crampes et a eu des douleurs articulaires depuis un an environ.

A son entrée, en mai 1900, elle était atteinte d'une mélanodermie nettement phtiriasique, remontant à six ou sept mois environ.

La face était relativement peu atteinte, de teint bronzé, au cou la pigmentation, très marquée, était sillonnée de nombreuses taches de grattage, mais c'est surtout sur le tronc et l'abdomen que la pigmentation augmentait, la peau devenant presque complètement noire; la mélanodermie n'est pas absolument uniforme, et, sur le fond très pigmenté se détachent de très nombreuses petites taches relativement blanches ; inversement, en un assez grand nombre de points on note la présence de taches plus foncées, variant des dimensions d'un pois à celle d'une lentille ; il y a aussi par places quelques taches blanches d'origine cicatricielle. Partout l'on constate d'innombrables traces de grattage.

La pigmentation se retrouve à un degré beaucoup moins marqué sur les bras et les avant-bras ; elle existe à la racine des membres inférieurs, mais diminue considérablement dans le reste de leur étendue, sauf au niveau de la face interne de la jambe gauche où se voit la trace d'un ancien ulcère.

Les muqueuses sont atteintes par la pigmentation et on trouve à la face interne des joues des taches pigmentaires très apparentes.

Pas de modification des fonctions digestives.

Foie et rate normaux.

Aux poumons, signes d'emphysème avec bronchite généralisée, sans lésions nettes du côté des sommets.

Au cœur, bruit de galop ébauché.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

Sous l'influenee du repos et du régime hospitalier, des soins de propreté, l'état de la malade s'est très amélioré, et la pigmentation à considérablement diminué. C'est à un nouvel examen fait un an après en juin 1901, que fut constatée une cholémie très appréciable. A ce moment la face était jaune, mais peu pigmentée, on constatait toutefois une légère pigmentation péri-oculaire. La pigmentation était encore assez marquée au tronc et à l'abdomen, surtout appréciable dans le dos, aux lombes et dans la région inter-scapulaire. Cette pigmentation avait un aspect tacheté comme au premier examen (taches de dépigmentation ou de surpigmentation). Aux membres, la pigmentation était très peu développée.

Il n'y avait plus de pigmentation des muqueuses.

L'examen des urines pratiqué à plusieurs reprises a révélé une hypoazoturie très notable, l'urée totale oscillant de 9 à 15 grammes par vingt-quatre heures. Il n'y avait en revanche ni urobiline, mi indican, ni sucre, ni albumine et la recherche de la glycosurie alimentaire est restée négative.

## OBSERVATION de MM. Le Play et Déhu

(*Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 1er février 1906, p. 60.)

La malade, T..., âgée de soixante-six ans, de nationalité étrangère, est entrée à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 16 novembre 1905. A son arrivée à l'hôpital, elle était dans un tel état de malpropreteté qu'on dut lui faire subir un nettoyage complet

au savon noir ; les cheveux, pleins de parasites et de croutes, étaient tellement entremêlés, qu'on dut raser le cuir chevelu ; les vêtements en loques, couverts de poux, durent être brûlés.

L'examen de la malade est assez difficile ; ses facultés intellectuelles semblent notablement affaiblies, et bien qu'elle soit en France depuis près de quarante ans, elle s'exprime assez difficilement. C'est cette misère physiologique et l'état de dépression intellectuelle et morale dans lequel elle se trouve, qui ont décidé cette femme à entrer à l'hôpital.

Ce qui frappe, tout d'abord à l'examen, c'est la coloration anormale des téguments, presque généralisée, mais uniformément, à la surface du corps. La pigmentation est surtout marquée au niveau du tronc où elle est brun foncé et à la région cervicale où elle est presque complètement noire, contrastant avec la coloration du visage relativement pâle ; les membres supérieurs sont assez pigmentés ; les membres inférieurs le sont beaucoup moins, sauf au niveau des plis de flexion et de la face interne des cuisses. Cette coloration serait apparue, au dire de la malade, il y a six à sept mois ; la précision du début de ces accidents est d'ailleurs difficile à établir, car cette femme passait ses nuits dehors et ne veillait vraisemblablement que fort peu sur l'intégrité de ses téguments, à en juger par la misère physiologique dont elle était atteinte à son entrée à l'hôpital.

L'étude plus attentive de la peau montre qu'elle est sèche, épaissie par endroits, légèrement fendillée, comme parcheminée ; on remarque de plus, dans le dos, une multitude de lésions de grattage, les unes, récentes, les autres relativement anciennes, cicatrisées. Les ongles sont aussi le siège de pigmentation. D'une façon générale, sauf à la face, à peu

près indemne, et où elle n'existe qu'en petits placards disséminés, près du cuir chevelu, la pigmentation, très marquée aux régions cervicale et thoracique, va en diminuant à mesure qu'on se rapproche des extrémités inférieures.

L'état général de la malade est débilité par les privations. Elle n'a pas de température. L'examen de l'appareil respiratoire et l'auscultation du cœur ne révèlent rien d'anormal ; on remarque un certain degré de sclérose artérielle. Le foie est normal, non douloureux ; il n'y a aucun signe d'insuffisance hépatique. L'appareil urinaire n'offre rien de particulier à signaler. La malade présente des troubles digestifs caractérisés surtout par la diarrhée ; les mauvaises conditions de l'alimentation expliquent suffisamment les symptômes observés.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne note rien qui mérite d'être mentionné. On ne relève ni syphilis, ni alcoolisme.

L'intégrité des fonctions hépatiques, l'examen des urines permettent d'éliminer la possibilité d'un ictère ou d'un trouble du côté de la glande hépatique. Il ne s'agit pas non plus de diabète bronzé : il n'y a aucun symptôme de cette affection, et le sucre fait absolument défaut dans les urines.

L'hyperchromie congénitale ou la possibilité d'une mélanodermie consécutive à des applications irritantes ou à l'ingestion de certaines substances, comme l'arsenic, doivent également être rejetées.

Nous restons donc en présence de deux hypothèses : la maladie d'Addison et la mélanodermie phtiriasique ou maladie des vagabonds.

Si nous cherchons les signes de la maladie d'Addison autres

que la mélanodermie, nous voyons qu'ils font défaut : la malade présente bien un certain degré d'asthénie, mais il semble qu'il s'agisse là plutôt d'une asthénie par privations ; l'amaigrissement est notable ; d'autre part, les contractions musculaires restent relativement vigoureuses.

Les troubles digestifs observés au début se sont amendés sous l'influence d'une alimentation plus saine et plus régulière, et les douleurs abdominales que présente cette femme sont dues en grande partie à un prolapsus utérin dont elle souffre depuis plusieurs années.

Cependant, un point doit attirer notre attention : l'examen de la muqueuse buccale permet, en effet, de constater la présence de plusieurs taches pigmentaires, siégeant à la face postérieure de la lèvre inférieure et à la face interne des joues. Ces taches, brunâtres, légèrement ardoisées, sont analogues à celles que l'on observe chez les Addisoniens : nous savons toutefois que, si l'hyperpigmentation de la peau et des muqueuses est le signe clinique le plus saillant des altérations surrénales, il peut aussi manquer malgré l'existence de lésions assez accusées des capsules, et que, d'autre part, cette pigmentation de la muqueuse n'est pas spécifique de la maladie d'Addison, et a été observée notamment dans certains cas de mélanodermie parasitaire.

Signalons pour terminer que, depuis qu'elle est entrée dans le service, c'est-à-dire depuis deux mois environ, la coloration des téguments s'est beaucoup atténuée. L'examen histo-chimique, pratiqué après biopsie, au moyen de sulfhydrate d'ammoniaque, n'a pas révélé la présence de fer dans la pigmentation cellulaire.

OBSERVATION de MM. Courtellemont et Bax

(*Gazette médicale de Picardie*, avril-mai 1911.)

*Un cas de mélanodermie chez un vagabond*

(Résumée)

Courtellemont et Bax rapportent l'observation d'un miséreux atteint de phtiriase et présentant une pigmentation mélanodermique très accentuée sur le tronc et l'abdomen, beaucoup moins sur le visage, le dos des mains, les avant-bras, absente sur la paume des mains et la plante des pieds.

Une tache pigmentaire jugale est signalée par les auteurs. Il y avait une asthénie réelle et de l'hypotension (pression maxima 13, pression minima 9 à l'oscillomètre de Pachon).

Malgréces deux derniers signes (explicables par la misère physiologique) les autres se rattachent à l'hypothèse d'une mélanodermie phtiriasique.

---

## Pigmentation de la muqueuse buccale dans certaines races et pigmentation de cause indéterminée.

---

Dans un travail important, Sabaréanu (1) a montré que la pigmentation buccale pouvait exister « à titre physiologique » dans certaines races. Lortat-Jacob et Sabaréanu (2) ont insisté à nouveau sur le fait et plus récemment encore M. Lortat-Jacob (3) le rappelait à la Société médicale des Hôpitaux.

Étudions, tout d'abord, les caractères de cette mélanodermie.

La pigmentation peut occuper isolément la muqueuse buccale, conjonctivale, génitale ou l'ensemble des muqueuses.

La mélanodermie buccale peut siéger sur les joues, les gencives, les lèvres, le voile du palais et le plancher de la bouche.

La *face interne des joues* est la région le plus fré-

---

1. Sabaréanu, *Mélanodermie physiologique des muqueuses* (*Revue de médecine*, 1908, p. 759).

2. Lortat-Jacob et Sabaréanu. Congrès de Lille. Association française pour l'avancement des sciences, 3 août 1909.

3. Lortat-Jacob, *Société médicale des Hôpitaux*, 14 juin 1912, p. 896.

quemment atteinte, surtout sur une ligne horizontale partant de la commissure labiale. La muqueuse est là parsemée de petits points ou de grains marrons brunâtres allant du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille ; d'autres fois, on voit un seul grain ou une ligne horizontale ayant jusqu'à 2 centimètres de longueur ; d'autres fois encore, il n'y a qu'une seule plaque triangulaire ou irrégulière à bords flous comme une pièce de 50 centimes.

La *face externe des gencives* est aussi fréquemment prise avec prédilection pour sa partie antérieure. Ici, comme dans les joues, la mélanodermie revêt des formes et des intensités différentes : tantôt des petites plaques, quand elle est peu abondante, placées de chaque côté de la ligne médiane, assez loin du rebord dentaire, surtout sur la partie saillante de la gencive qui indique la racine des dents, tantôt et alors elle est plus intense, elle a la forme de bandes de chaque côté du raphé médian allant se prolonger tout en s'amincissant au-dessus des molaires. De ces bandes, il est fréquent de voir partir des prolongements sur les espaces gingivaux interdentaires.

Les gencives supérieures sont plus fréquemment et plus fortement prises que les gencives inférieures.

Les lèvres, dans leur partie muqueuse, sont rarement tatouées par la pigmentation. Elle y forme des plaques plus ou moins grandes ne dépassant pas le volume d'un grain de blé. Elle atteint de préférence la lèvre inférieure.

Le voile du palais et le plancher de la bouche ne présentent jamais de pigmentation nette. Il y a quelquefois une espèce de suffusion de points minuscules, comme un tatouage léger, disséminé sur le fond rouge de la muqueuse.

Sur la conjonctive, la pigmentation est rare ; elle est plutôt marron ou grise que noire.

Sabaréanu donne douze observations de sujets porteurs de pigmentation des muqueuses et ne présentant, par ailleurs, aucune affection susceptible de l'expliquer.

Tous ces sujets sont des gens bien portants, solides, sans tares. Si chez quelques-uns on trouve dans les antécédents la fièvre typhoïde, le paludisme, des angines, des entérites, des blennorragies, etc., chez la plupart, les antécédents sont indemnes. L'existence de la mélanodermie ne reconnaît donc pas une cause pathologique.

On ne peut pas non plus accuser une prédisposition spéciale, c'est-à-dire une surproduction de pigment avec localisation où il y a un appel, un *locus minoris resistentiæ*. Si chez quelques sujets, en effet, on voyait que toutes les altérations cutanées (cicatrices d'acné, cicatrices traumatiques) avaient été l'occasion d'une pigmentation, par contre, chez beaucoup d'autres les cicatrices sont restées blanches. De plus, il n'y avait pas de causes pouvant déterminer la localisation du pigment sur les muqueuses.

Nous avons dit que la pigmentation buccale physiologique appartient surtout à certaines races. Sabaréanu l'a étudiée chez les Tziganes et les Roumains; chez les Tziganes, elle serait très fréquente puisqu'on la trouve une fois sur trois, environ; chez les Roumains, elle existerait seulement une fois sur vingt. Les Tziganes présentent normalement une peau pigmentée; cependant, Sabaréanu a observé le tatouage buccal chez un sujet dont la peau était parfaitement blanche. S'il faut en croire les ethnologistes, les Tziganes sont d'origine asiatique, d'une race voisine de celle des Indiens qui possèdent normalement une peau très colorée. Un assez grand nombre de Tziganes vivent en Roumanie, et c'est peut-être chez les Roumains, dont certains ascendants étaient Tziganes, qu'on trouve la pigmentation buccale.

Il faut conclure avec Sabaréanu que dans des observations de cet ordre, on doit toujours noter avec soin et dans la mesure du possible, la nationalité, la race, les antécédents héréditaires du sujet (1).

*
* *

En dehors de ces considérations ethnologiques, on a parfois noté, en France, l'existence d'une

1. Voici les indications ethnologiques que nous trouvons à l'article « Bouche » du *Dictionnaire Dechambre*, rédigé par Gubler: les nègres et les hindous présentent « une teinte bistre du derme muqueux et des taches brun noir disséminées sur la face interne des joues dans l'espace compris entre les arcades dentaires écartées et sur les parties latérales du voile du palais » (T. X, p. 230).

pigmentation buccale indépendante de tout trouble pathologique. Tels sont les cas rapportés récemment par MM. Dufour et Alardo, et par M. Crouzon.

OBSERVATION de MM. Henri Dufour et Alardo

(*Société médicale des hôpitaux*, séance du 26 avril 1912, p. 509.)

Malade âgé de soixante-dix ans, entré à l'hôpital pour une congestion pulmonaire rapidement guérie, congestion à pneumocoques, s'étant compliquée de kératite de même origine.

Présente une pigmentation noire, brune, en tout semblable à celle de la maladie d'Addison et siégeant exclusivement sous forme de taches lenticulaires sur le bord des lèvres, à la face interne des joues et sur le voile du palais.

Les autres parties du corps, peau et muqueuses, ne présentent pas trace de pigmentation ; il existe même au niveau de la base du cou une très légère décoloration des téguments rappelant vaguement l'aspect du vitiligo.

Cette pigmentation serait apparue, il y a une dizaine d'années, d'après les dires du malade.

Son aspect est celui qu'on rencontre dans la maladie d'Addison ; il est même exceptionnel au cours de cette maladie de la voir aussi nette.

La cause échappe complètement.

Le malade ne semble pas héréditairement devoir fabriquer du pigment : il n'a pas de mulâtres dans sa famille.

Il ne présente, d'autre part, aucun signe d'addisonisme.

Sa tension est à 19 à 20 au sphymomanomètre Pachon. Sa santé a toujours été excellente.

Il n'est intoxiqué ni par des sels d'argent ni par des préparations arsenicales. Il n'est pas atteint de phtiriase. Il n'est ni tuberculeux ni syphilitique (réaction de Wassermann négative). Son liquide céphalo-rachidien est normal.

Il exerce la profession de cordonnier et fume la cigarette.

Un morceau de la muqueuse buccale ayant été prélevé près des lèvres, sur une région pigmentée, on a vu que le pigment, qui, d'ailleurs, ne donnait pas les réactions ferriques avec le ferrocyanure de potassium, était constitué par de grosses boules de mélanine siégeant dans le derme de la muqueuse et donnant à celle-ci sa coloration.

A l'examen des coupes faites au niveau de l'épithélium, on voyait des particules du pigment reprises, soit par des cellules épithéliales, soit par des phagocytes. Des traînées cellulaires, chargées de mélanine, se constituaient surtout au niveau du pourtour des papilles, pour venir abandonner leur pigment à la surface de l'épithélium et être évacuées avec lui par simple desquamation.

## OBSERVATION de M. Crouzon

(*Société médicale des hôpitaux*, séance du 24 mai 1912 p. 647.)

Malade âgée de trente ans.

Présente, au niveau des muqueuses, une pigmentation des plus caractérisées.

Sur la muqueuse buccale, cette pigmentation existe sous forme de cinq petites taches brunes sur la lèvre inférieure, de deux petites taches brunes au niveau de la lèvre supérieure, de plaques plus pâles au niveau de la face interne de la commissure labiale gauche, sur la face interne de la joue gauche et sur la face interne de la joue droite, au niveau des molaires supérieures. Il n'y a pas de taches au niveau du voile du palais.

La vulve est également pigmentée à la face interne de la petite lèvre du côté droit, où se trouve une tache lenticulairé ; une autre tache de mêmes dimensions existe sur la grande et la petite lèvre du côté gauche. Il n'y a pas de pigmentation au niveau de l'anus.

A part une très légère pigmentation du cou, qui ne dépasse pas celle que l'on observe en général chez les femmes qui portent un col serré, il n'existe pas de mélanodermie cutanée. On trouve sur le corps un certain nombre de cicatrices qni ont une coloration habituelle, sans la pigmentation qu'on leur trouve dans certaines mélanodermies.

Il s'agit donc d'une pigmentation limitée aux muqueuses buccale et vulvaire. Ce symptôme aurait débuté dix ans auparavant, c'est-à-dire à l'âge de vingt ans, en même temps que l'apparition des règles.

Cette pigmentation ne paraît pas pouvoir être rapportée à une maladie d'Addison ; la malade ne présente nettement aucun des trois autres grands symptômes de la maladie : 1° pas de grandes douleurs, tout au plus de vagues douleurs lombaires ; 2° pas de troubles gastro-intestinaux sérieux (la malade a souffert, depuis longtemps, de l'estomac par intermittences) ; 3° pas d'asthénie véritable ; elle se plaint, depuis

une dizaine d'années, d'être un peu fatiguée, mais en mesurant au dynamomètre sa force musculaire, on trouve que la force est conservée et ne s'épuise pas facilement. A la main droite, on trouve successivement à l'échelle de pression du dynamomètre 15, 12, 10, 10, 9, 9, 7. A la main gauche : 10, 11, 18, 10, 10, 9, 8 et 5. En outre, la malade a une tension artérielle de 15,5 au sphygmomanomètre de Potain : donc, pas d'hypotension. Elle présente un certain nombre de troubles nerveux : absences de mémoire, hallucinations, déséquilibre mental, idées mystiques, qui sont très anciens et qui ne paraissent pas avoir une évolution progressive, ni cadrer avec les troubles que l'on trouve quelquefois dans la maladie d'Addison. Elle n'est pas tuberculeuse. Son cœur, son système nerveux et tous ses organes sont normaux à l'examen clinique.

Enfin, la malade n'a pas de mélanodermie phtiriasique, et aucune autre des causes connues de mélanodermies ne peut être relevée chez-elle.

Elle fume la cigarette depuis l'âge de dix-huit ans, et elle dit avoir subi des cautérisations des lèvres supérieure et inférieure il y a quelques années. Mais ces notions ne pourraient pas expliquer les taches de la face interne des joues et de la vulve.

* * *

Que faut-il conclure en présence de ces deux faits ? Assurément, comme le remarque M. Josué, il faut toujours songer à la possibilité d'une insuffisance surrénale ; il convient d'en rechercher avec grand soin tous les signes. Peut-être cette mélano-dermie est

elle, comme le pense M. Léon Bernard, indépendante de toute altération surrénale et liée à des troubles du système sympathique seul. Peut-être enfin s'agit-il d'une dyschromie dont la nature est tout à fait indéterminée. L'étude histo-chimique du pigment, pratiquée avec plus de précision encore que cela n'a été fait, apporterait quelque lumière à cet égard, et c'est sans doute dans cette voie que devront s'orienter les recherches futures.

---

## CONCLUSIONS

Si la pigmentation de la muqueuse buccale doit toujours faire songer à la maladie d'Addison et inviter à en rechercher les autres sympômes, il est indéniable que cette pigmentation peut exister en dehors de cette affection et dans des circonstances très diverses :

1° Dans le *saturnisme*, le tatouage des lèvres et des joues a été signalé par Grisolle avant Gubler ; presque toujours, ce tatouage est intimement lié à la présence du liséré qui « se décalque » sur la muqueuse buccale. Parfois, cependant, on a noté des taches plus diffuses, débordant le liséré ou l'imprégnation ginvivale. Dans ces taches, comme dans le liséré, la pigmentation est due à la présence de sulfure de plomb ;

2° Dans le *diabète bronzé*, le pigment qui infiltre tant d'organes peut se déposer à l'intérieur de la muqueuse buccale; il en existe actuellement douze observations démonstratives, c'est-à-dire que la pigmentation buccale existe dans un cinquième à un sixième des cas ;

3° Chez les *tuberculeux*, on observe parfois une pigmentation de la muqueuse buccale qui semble

liée, dans le plupart des cas, à une insuffisance surrénale légère; la constatation de taches pigmentaires doit, de toute façon, inviter à établir, d'une manière aussi précise que possible, le bilan de la fonction surrénale. La déficience de cette glande nous rapproche ici de la maladie d'Addison, mais on sait que ce nom est réservé aux insuffisances graves avec mélanodermie ; aussi, n'est-il pas indifférent de mettre en évidence les insuffisances frustes, curables par l'opothérapie et fréquentes, semble-t-il, chez les tuberculeux ;

4° La *phtiriase*, lorsqu'elle provoque la mélanodermie, s'accompagne dans quelques cas aussi de pigmentation buccale. Il y aura lieu parfois de discuter la coexistence possible de la phtiriase et de la maladie d'Addison ;

5° La pigmentation buccale semble exister à *l'état physiologique* dans certaines races : Tziganes, Roumains (d'après Sabaréanu). Dans d'autres cas, et indépendamment de conditions ethnologiques, la pigmentation buccale est constatée à l'état de symptôme isolé ; il s'agit là d'une dyschromie dont l'interprétation n'est pas encore précisée.

---

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS ..... 7

Pigmentation de la muqueuse buccale chez les saturnins ..... 9

Pigmentation de la muqueuse buccale dans le diabète bronzé ..... 30

Pigmentation buccale chez les tuberculeux ..... 41

Pigmentation buccale dans la mélanodermie phtiriasique ..... 51

Pigmentation de la muqueuse buccale dans certaines races et pigmentation de cause indéterminée. 66

CONCLUSIONS ..... 75

*La bibliographie a été indiquée à chaque chapitre*

Imp. de la Librairie J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris — 1908-13.